

Modelos explicativos y funcionales de la Anorexia Nerviosa: Una revisión teórica

Gina Marcela Fontalvo Huguet



Universidad De La Costa

Facultad Ciencias Humanas Y Sociales

Programa de Psicología

Barranquilla

2020

Modelos explicativos y funcionales de la Anorexia Nerviosa: Una revisión teórica

Gina Marcela Fontalvo Huguet

Tutor(a): Mg. PAOLA GARCÍA RONCALLO

Cotutor(a): Mg. Eileen García Montaña

Universidad De La Costa

Facultad Ciencias Humanas Y Sociales

Programa de Psicología

Barranquilla

2020

Nota de aceptación

Firma de la Decana del Departamento de Ciencias Sociales

Firma del Decano de Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Firma de la Directora del Programa de Psicología

Firma Líder de Grupo de Investigación de Evolutiva y Psicopatología

Firma de Tutora

Firma de Co-tutora

Firma Juez Interno

Firma Juez Externo

Barranquilla, agosto de 2020

Mg. Eileen García Montaña

Líder del grupo de investigación Evolutiva y Psicopatología

E.S.M.

Atentamente me permito hacerle la entrega formal del Trabajo de grado titulado “Modelos explicativos y funcionales de la Anorexia Nerviosa: Una revisión teórica” presentado por la estudiante Gina Fontalvo Huguett.

Como tutora considero que el trabajo de grado cumple satisfactoriamente con los criterios de calidad y rigor científico. El trabajo consolidado en este documento evidencia la suficiencia de las competencias investigativas de la estudiante, por lo tanto, comedidamente solicito su colaboración para someterlo a evaluación de jurados.

Sea esta la oportunidad también, para expresar mis felicitaciones por su trabajo, compromiso y dedicación a Gina, quien desarrolló su estudio cumpliendo con los estándares de calidad exigidos para los estudios de revisión teórica, materializando una contribución científica significativa a la consolidación de la evidencia probada de tratamientos psicológicos de los trastornos alimenticios.

Gracias por su atención,



Paola Andrea García Roncallo

CC. 1.140.841.407

**Profesora Tiempo Completo - Investigadora
Departamento de Ciencias Sociales**

Agradecimientos

En primera instancia quiero dar gracias a Dios por su amor y misericordia, por cada una de sus bendiciones y por proveer todo lo necesario para que cumpla con mis responsabilidades, especialmente por darme sabiduría e inteligencia en mis estudios.

A mis padres y hermana por ser mi principal motivación para seguir adelante, por su constante esfuerzo y sacrificio, por confiar en mí y celebrar cada triunfo. Gracias a mi familia por su amor incondicional y por su apoyo para cumplir mis metas.

A mis tutoras Paola García Roncallo y Eileen García Montaña les expreso mi más sincera admiración y gratitud por su dedicación y compromiso, por estar dispuestas a escucharme y a transmitirme sus conocimientos de manera generosa. Agradezco su comprensión y apoyo en este proceso y en mi formación académica. Gracias familia C2 por incentivarme el cariño y el respeto a la investigación.

Mi más sincero agradecimiento a mi amiga Lini por siempre estar cuando la necesito, por escucharme y ser mi soporte en los momentos de quebranto.

Finalmente, agradezco a mis amigos por alentarme y motivarme a culminar exitosamente mi proyecto de grado.

Con mucha alegría comparto este triunfo con ustedes.

Gina

Resumen

El presente estudio propuso identificar los avances teóricos en el abordaje explicativo y funcional de la Anorexia Nerviosa (AN) a través de los principios generales de las tres generaciones del Modelo Cognitivo Conductual. La evidencia sobre la eficacia de las terapias para la AN no es concluyente, generalmente debido a la falta de claridad sobre la etiología y a los desafíos metodológicos propios de la naturaleza del trastorno. Adicionalmente se señala la importancia de la práctica basada en evidencias, dado que integra la experiencia clínica con la evidencia científica y esto permite facilitar el ejercicio terapéutico y la toma de decisiones. Este estudio es teórico en virtud de que presenta los avances sin usar estadísticos (Montero y León, 2007). De acuerdo con la metodología, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas y se obtuvieron 30 artículos que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

En primera instancia, los resultados están caracterizados por los modelos explicativos que se centran en definir los procesos y los factores de desarrollo y de mantenimiento de la AN, además desarrollan unas directrices para intervenciones más adecuadas y óptimas. En segunda instancia, los estudios teóricos y empíricos evidenciaron que la mayoría de los factores asociados al curso y al mantenimiento de la AN son cognitivos y afectivos/emocionales. Para finalizar el apartado de resultados se analizó la congruencia de los modelos explicativos y los diseños de intervención con evidencia probada, destacándose el perfeccionismo y la desregulación emocional como los más investigados.

Palabras clave: Trastornos Alimenticios, Anorexia Nerviosa, Modelo Cognitivo Conductual, Estudio teórico

Abstract

The theoretical advances in the explanatory and functional approach of Anorexia Nervosa have been proposed to be identified in this study through the general principles of the three generations in the Cognitive-Behavioral Model. The AN therapies' effectiveness is not conclusive, generally due to the etiology lack of clarification and also because of the methodological challenges characteristic of the nature of the disorder. Additionally, the evidence-based practice importance had been highlighted, since it integrates the clinic experience and the scientific evidence, facilitating the therapeutic exercise and decision making. This study is theoretical in order to present advances without the use of statistics (Montero & León, 2007). In accordance with the methodology, a bibliographic research was done in different specialized databases, 30 articles were obtained that met the eligibility criteria.

In the first instance, the results are characterized by the explanatory models that are focused on the processes defining and the AN development and maintenance factors, besides they develop some guidelines to more accurate and optimal interventions. In second instance, the empiric and theoretical studies demonstrated that most of the factors associated with the trajectory and maintenance of the AN are cognitive and emotional/affective.

To conclude the results section, the congruence of explanatory models and the intervention designs with proven evidence were analyzed, highlighting perfectionism and emotional deregulation as the most researched.

Key words. Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Cognitive-Behavioral Model, Theoretical study

Tabla de contenido

Lista de tablas y figuras	10
Introducción	11
Planteamiento del problema.....	13
Descripción del problema.....	13
Formulación del problema	15
Justificación	16
Marco teórico	19
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	19
Antecedentes de la anorexia nerviosa	21
Antecedentes del modelo cognitivo conductual.....	23
Teorías explicativas de la anorexia nerviosa.....	24
Objetivos	30
Objetivo general	30
Objetivos específicos.....	30
Metodología	30
Tipo de investigación	30
Variable de estudio.....	30
Procedimiento.....	32
Resultados	33
Caracterización de los modelos explicativos	34
<i>Figura 7</i> Teoría de factores de riesgo y mantenimiento de la AN. <i>Fuente:</i> propia del autor ...	40
Descripción de los mecanismos mantenedores y los asociados al curso	40
Congruencia de los modelos explicativos y los diseños de intervención.....	43
Discusión.....	45

Conclusiones	48
Referencias.....	49

Lista de tablas y figuras**Tablas**

Tabla 1 Operacionalización de la variable.....	31
Tabla 2 Elementos asociados al curso y los mecanismos mantenedores de la AN	41

Figuras

Figura 1 Diagrama de flujo del proceso de inclusión de artículos.....	33
Figura 2 Modelo funcional de la AN.	35
Figura 3 Modelo de desarrollo y mantenimiento de la AN.	36
Figura 4 Modelo multidimensional de la AN..	37
Figura 5 Teoría transdiagnóstica.....	38
Figura 6 Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal de la AN	39
Figura 7 Teoría de factores de riesgo y mantenimiento de la AN	40

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos tienen un profundo impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen, debido a que son reconocidos por tener un patrón persistente de comportamientos alimentarios restrictivos que causan problemas de salud y del funcionamiento social. En la literatura científica y en los manuales diagnósticos se reconocen principalmente tres trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracones (BED, por sus siglas en inglés) (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). En particular, la AN se caracteriza por pérdida de peso voluntaria a través de la restricción de alimentos, ejercicios, purgas y/o atracones (Galsworthy y Allan, 2013).

Actualmente la AN es un trastorno tratable; sin embargo, no existe evidencia sólida sobre la eficacia de los tratamientos (Zeeck et al., 2018). Los enfoques de tratamiento actuales a menudo son ineficaces y muchas personas sufren síntomas durante años. Por el contrario, Dalle, El Ghoch, Sartirana y Calugi (2016) afirman que la terapia cognitivo conductual (TCC) para la AN ha producido grandes avances por centrarse en los procesos que mantienen la psicopatología del trastorno alimentario, y por considerar de importancia los procesos cognitivos. La TCC es recomendada para el tratamiento psicológico de la AN en adultos (National Institute for Health and Care Excellence, 2017), para los pacientes adolescentes (Dalle, Sartirana, & Calugi, 2019), y para pacientes ambulatorios (Frostad et al., 2018). En este sentido, la presente investigación es una revisión teórica que busca analizar los avances explicativos y funcionales de la AN y los factores asociados, más influyentes, según los estudios adelantados desde el marco de la TCC.

El lector encontrará en este documento inicialmente la exposición de las cifras de prevalencia e impacto que respaldan la consolidación de la AN como un problema relevante de salud mental, así como la debida justificación de esta investigación. Seguidamente hallará los

objetivos y el marco teórico que sustentan el estudio, incluyendo la definición de los TCA y los criterios diagnósticos del DSM-V asociados, los antecedentes y las teorías explicativas derivadas de las tres generaciones del modelo cognitivo conductual. Posteriormente, se expone el marco metodológico desde el que se desarrolla el estudio, incluyendo el diseño, la delimitación de la muestra y el procedimiento. En el apartado final del documento, el lector encontrará los resultados, su discusión y las conclusiones/recomendaciones derivadas de estos.

Planteamiento del problema

Descripción del problema

Según Rolla (2013), la anorexia nerviosa (AN) es un trastorno con connotaciones psiquiátricas, endocrinas y nutricionales, presentado usualmente por mujeres jóvenes, las cuales se restringen de la ingesta de alimentos por miedo intenso a aumentar de peso, lo que lleva a la práctica excesiva de ejercicios, dietas, ayunos y uso de laxantes o diuréticos (Abreu & Cangelli, 2017). La AN como plantea Duriez, Ramoz, Gorwood, Viltart & Tolle (2019) es un trastorno de etiología tanto psiquiátrica como metabólica, con correlaciones biológicas y genéticas. La prevalencia global de este padecimiento se fija entre 0.5% a 3% (Evans & Lo, 2013). En el 2017 se estimaba que aproximadamente 16 millones de personas presentaban anorexia clínica y bulimia nerviosa (Ritchie & Roser, 2018). Mientras tanto, en Colombia, son pocos los estudios epidemiológicos y la mayoría se han realizado en poblaciones muy específicas de jóvenes escolares, estudiantes universitarios y usuarios de gimnasios en ciudades como Bogotá, Medellín y Bucaramanga en donde se enfocan principalmente en las conductas de riesgo alimentario (Pertuz-Cortes et al., 2018; Restrepo y Castañeda, 2018).

Pese a que la prevalencia registrada parece no ser tan significativa como la de otros trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, es el alto impacto de la AN en la salud general de quienes lo que padecen lo que marca su relevancia como problema de salud pública; a este trastorno alimentario se le relaciona una alta comorbilidad con enfermedades médicas, altas tasas de mortalidad y un deterioro sustancial de la calidad de vida de los pacientes (Mehler & Brown, 2015). La AN es un trastorno que amenaza la vida y se vincula con numerosas complicaciones médicas como la hipoglucemia, la anemia, la bradicardia, el síndrome del intestino irritable, entre otras (Mascolo, Geer, Feuerstein & Mehler, 2016; Mehler & Brown,

2015). La tasa de mortalidad de jóvenes con AN es del 4% al 11%, con un riesgo de muerte aproximadamente 12 veces mayor que sujetos de la misma edad en la población general (Gravina, Milano, Nebbiabi, Piccione & Capasso, 2018). Adicionalmente, Kask et al. (2016) determinaron que las pacientes con AN que tienen además comorbilidades psiquiátricas presentan tasas de mortalidad más altas que aquellos sin comorbilidad. Al respecto Ulfvebrand, Birgegard, Norring, Hogdahl y von Hausswolff (2015) señalaron que entre 33%-50% de los pacientes con AN tienen además un trastorno comórbido del estado de ánimo, como la depresión, y el 45% presentan trastornos de ansiedad.

En línea con lo anterior, Ágh et al. (2016) aseguran que la AN tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes asociándose a una alta tasa de hospitalización, atención ambulatoria y visitas a emergencias, lo cual genera mayores costos en los servicios médicos en comparación a los ocasionados por otros trastornos mentales. Con todo y lo anterior, la Organización Mundial de Salud (OMS, 2016) advierte que la carga económica del tratamiento hospitalario para adolescentes con AN y sus cuidadores es elevada, especialmente entre pacientes más jóvenes y aquellos con un índice de masa corporal (IMC) más bajo (Toulany et al., 2015). Al respecto, Tchanturia et al. (2013) evidenciaron que, las personas con AN presentaron un deterioro significativo del trabajo y el funcionamiento social en comparación con grupos control, este deterioro no está relacionado con el IMC o la duración de la enfermedad, pero sí están asociados significativamente con los síntomas clínicos como: restricción dietética, la preocupación por comer, el peso y la forma y síntomas de ansiedad y depresión.

Pese a que investigadores como Dalle, Calugi, Doll & Fairburn (2013) señalan la importancia del tratamiento temprano de la AN, para evitar efectos duraderos en la salud física y psicosocial; la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) advierte que en los sistemas

de salud mental existe una brecha grande en la atención de estos padecimientos que provoca pérdidas económicas y sociales considerables.

Aunque existen tratamientos para la intervención de la AN, no hay suficiente evidencia ni diferencias significativas sobre la eficiencia de las terapias al compararlas entre sí (Byrne et al., 2017; Hay, Claudino, Touyz & Elbaky, 2015; Zeeck et al., 2018). Específicamente, se halla información discordante sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) para la AN (Galsworthy & Allan, 2013), no obstante, Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley & Brennan (2017) afirman que la TCC es el tratamiento recomendado para la AN en adultos. Por otro lado, Fairburn et al. (2013) señalan que, los resultados no concluyentes de los estudios empíricos se deben a los desafíos metodológicos del estudio de la AN.

Kidd & Steinglass (2012) aseguran que, la dificultad para identificar tratamientos más efectivos se debe a la falta de claridad sobre la etiología y la fisiopatología de la AN. Por lo anterior, se establece la necesidad de generar nuevos enfoques teóricos, para comprender y tratar la AN, con los que se supere las limitaciones en el poder explicativo de las perspectivas teórica-clínicas actuales (Munro, Randell & Lawrie, 2016; Strober & Johnson, 2012). Así mismo, resulta importante el desarrollo de tratamientos novedosos que, involucren con precisión los mecanismos que sustentan la sintomatología cognitiva de la AN (Murray et al., 2018).

Formulación del problema

Pese a las necesidades antes expuesta no se cuenta con una delimitación clara del abordaje explicativo y funcional de la anorexia desde el modelo cognitivo conductual. En tal sentido, la presente investigación busca identificar: *¿Cuáles son los avances teóricos en el abordaje explicativo y funcional de la anorexia desde el modelo cognitivo conductual?*

Justificación

Los trastornos alimenticios según la Academy for Eating Disorders (2011) deben recibir atención médica y psicológica con el mismo nivel y amplitud de cobertura que para los diferentes trastornos. De acuerdo con el World Economic Forum & Harvard School of Public Health (2011) se pueden evitar millones de muertes y reducir las pérdidas económicas en miles de millones de dólares si se presta mayor atención a la prevención, la detección temprana y el tratamiento.

La formulación y ejecución de planes de acción por parte de organismos internacionales permite fortalecer los sistemas de salud y sus procesos de prevención e intervención. La OPS (2014) propone el Plan de acción sobre Salud Mental 2015-2020, el cual optimiza los sistemas de información y la gestión de nuevos conocimientos. De igual modo, la OMS (2013) desarrolla el Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020, el cual plantea dentro de sus enfoques, la práctica basada en evidencias y el fortalecimiento de las investigaciones y productos científicos de la salud mental. De la misma manera, la utilización de información actualizada, obtenida mediante investigaciones, permite cumplir con el objetivo de que los tratamientos estén justificados en datos confiables y en prácticas medibles (OMS, 2013). La American Psychological Association (2006) afirma que la práctica basada en evidencias propone integrar metodológicamente la experiencia clínica con la mejor evidencia disponible de las investigaciones para tomar decisiones y tener una atención centrada en el individuo.

Por otro lado, la OPS (2017) sugiere que, las intervenciones que se disponen frecuentemente no se basan en evidencias empíricamente probadas o estas no son de calidad. Asimismo, los hallazgos de diferentes investigaciones resaltan el interés teórico y la importancia práctica de evaluar y abordar el problema de la imagen corporal (Calugi, El Ghoch, Maddalena

& Dalle, 2018), las variables moderadoras (Calugi, El Ghoch & Dalle, 2017), los predictores como la depresión (Wild et al., 2016) para el tratamiento de pacientes con AN. Por ende, el National Institute of Mental Health (2018) apoya investigaciones que podrían ayudar a encontrar formas nuevas y mejoradas de diagnosticar y tratar los trastornos alimentarios. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013a) ejecutó el Plan decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y entre sus estrategias se encuentra el fortalecimiento de la gestión de la información en salud mental.

Con miras a lo mencionado anteriormente, la Corte Constitucional de Colombia (2011) indicó que, hay un vacío en la regulación de la atención, diagnóstico y tratamiento en casos de trastornos alimenticios, debido a que las entidades promotoras de salud no cuentan con profesionales e infraestructura de alta calidad, incluso, el Plan Obligatorio de Salud no contiene programas especializados para los trastornos de conducta alimentaria. Razón por la cual, la Comisión de Regulación en Salud (2012) dispone cubrir las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes para la atención de la AN. Por otro lado, el Concejo de Bogotá (2013) decreta el proyecto de acuerdo n. 83 de 2013, en donde reconoce en el derecho de los niños la importancia de tener abordajes integrales para los trastornos y condiciones prioritarias, como la anorexia y la bulimia y el Ministerio de Salud y Protección Social (2013b) expide que para la administración de riesgo de los trastornos alimenticios se deben abordar los múltiples factores que promueven su aparición en los diferentes entornos y sus riesgos derivados.

En respuesta a esto, la presente investigación pretende aportar al desarrollo científico a través de una revisión teórica, la cual resume e integra información basada en la evidencia para solucionar de manera realista los problemas psicológicos (American Psychological Association, 2019; Fernández, 2009). Además, la comprensión de los factores de mantenimiento es

teóricamente importante y permite desarrollar tratamientos efectivos (Cooper, 2005). En este estudio, se contribuye socialmente a mejorar la eficacia de los servicios de salud mental al permitir a la comunidad clínica analizar y tomar decisiones más informadas que fortalezcan la calidad de la atención (Ministerio de Salud, 2017).

La presente propuesta consolida la producción científica del grupo de investigación Cultura Educación y sociedad y la línea de investigación siete, “Neurociencia cognitiva y salud mental”, con la sublínea “Clínica y salud mental a lo largo del ciclo vital” de la Universidad de la Costa a través del semillero de investigación Cognitivo Conductual, suscrito al grupo de Investigación Cultura, Educación y Sociedad.

Marco teórico

Este apartado indica la fundamentación teórica en la que se enmarca esta investigación. Inicialmente, se presenta la descripción categorial de la anorexia nerviosa y sus antecedentes. Luego, se muestra la contextualización histórica y teórica del modelo cognitivo conductual y por último se exponen los modelos explicativos de la AN.

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos son una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario que lleva una perturbación en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se dividen en la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones. A continuación, se describen los criterios diagnósticos para AN conforme al DSM-V:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud-física.

B. Miedo intenso a ganar peso, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta del reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se

utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión:

1. Leve: IMC >17 kg/m²
2. Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²
3. Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
4. Extremo: IMC < 15 kg/m²

Antecedentes de la anorexia nerviosa

La perspectiva histórica de la AN está caracterizada por distintos eventos y autores relevantes. La literatura religiosa contiene muchas descripciones de lo que probablemente es la AN (Silverman, 1997). Se resalta entre los escritos doctrinales la práctica del ayuno y el ascetismo como un comportamiento sagrado y admirable, de esta forma, en países como Italia se presentó, la muerte por insuficiencia cardíaca de mujeres santas a finales de la Edad Media (Tolstrup, 1990). En 1689, Richard Morton publicó una obra que se considera el primer reporte médico de la AN, una condición que él denominó “consumo nervioso”, causado por tristeza y ansiedad (Silverman, 1997).

En 1859 el psiquiatra francés, Louis Marcé presentó un documento en donde sostuvo que la AN no era de naturaleza física, y que su psicopatología era profunda; en 1873 el trastorno recibió su nombre actual (Silverman, 1997). Dos médicos describieron por separado la AN, uno de estos médicos fue Charles Lasègue, quién publicó “On Hysterical Anorexia” y profundizó en la psicopatología de la enfermedad; el otro es Sir William Gull, quién presentó su propio caso titulado “Anorexia nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)” en el cual afirmó que, la causa de la mayoría de los casos son las perversiones del ego (Silverman, 1997). Las características fundamentales de la AN, para Gull y Lasègue, son que la emaciación ocurre sin

causa orgánica, hay una distribución por edad y género, los pacientes niegan estar enfermos, y la visión es psicológica no orgánica (MacSween, 1993).

En la primera mitad del siglo XX el psiquiatra francés Pierre Janet declaró que, existe una creencia central de no engordar, la cual afecta la alimentación y la apariencia física, además consideró la AN como un trastorno puramente psicológico y diferenció dos subtipos: obsesivo e histérico; los pacientes obsesivos se negaron a comer debido al miedo a engordar, mientras que, los histéricos tienen una pérdida completa del apetito (Silverman, 1997).

En 1914, la historia de la AN tomó un giro en la concepción psicogénica cuando Morris Simmonds planteó la insuficiencia hipofisiaria. Por tanto, después de la Primera Guerra Mundial, se intentó explicar las causas de la AN y fue diagnosticada incorrectamente como una enfermedad únicamente somática (Silverman, 1997; Tolstrup, 1990). En 1940, Waller, Kaufman y Deutsch explicaron que los síntomas de la AN son el resultado de fantasías simbólicas o inconscientes de temores de absorción oral; dichas fantasías están asociadas con la culpa, por lo cual la pérdida de peso es una defensa (Silverman, 1997). Posteriormente, en 1967, según las formulaciones psicoanalíticas, Thoma aseguró que la AN se debe a una ambivalencia oral y al abandono en la etapa genital del desarrollo psicosexual (Silverman, 1997).

Finalmente, MacSween (1993) argumentó que, la AN es un fenómeno del “Siglo XX”, debido a que el contexto social de finales del siglo XIX fue el cimiento para la aspiración femenina al individualismo patriarcal, en especial a la educación y a los derechos políticos para las mujeres. En conclusión, para el período de posguerra se intensificó la presión social sobre la feminidad y el éxito.

Antecedentes del modelo cognitivo conductual

Según Hayes (2004) la terapia conductual puede clasificarse en tres olas o generaciones que ayudan a organizar la investigación, la teoría y la práctica clínica.

Primera generación. La primera generación de terapia conductual conforme a lo descrito por Hayes & Hofmann (2017) contrarrestó los excesos y la debilidad científica de las prácticas clínicas no empíricas existentes y se centró en la aplicación de principios de aprendizajes para cambiar el comportamiento manifiesto. En la línea del condicionamiento clásico, que responde al esquema Estímulo-Respuesta (E-R), se desarrollarían las técnicas de desensibilización sistemática y de exposición; estas técnicas resultaron especialmente apropiadas para los trastornos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones (Pérez, 2006).

Segunda generación. La segunda generación de la terapia de conducta según Pérez (2006) se ubica aproximadamente en 1970 con la terapia cognitivo-conductual, que estudia el guion entre el Estímulo y la Respuesta. Las limitaciones de los métodos de comportamiento y los modelos de condicionamiento se corrigieron en gran medida mediante la adición de métodos y modelos de cambio cognitivo (Hayes & Hofmann, 2017). Los principales modelos que señalan el inicio de las terapias cognitivas según Caro (2009) son la terapia racional emotivo conductual de A. Ellis y la terapia cognitiva de A. Beck, ambos modelos se enfocaron en las creencias que conducían a visiones desadaptativas de uno mismo, el mundo y el futuro (Lorenzo-Luaces, Keefe, & DeRubeis, 2016). Las variables de interés fueron trasladadas a lo cognitivo, considerándolo como la causa directa del comportamiento, por tanto, el pensamiento es el objetivo principal de intervención para cambiar la conducta (Moreno, 2012).

Tercera generación. La tercera ola de acuerdo con Hayes & Hofmann (2017) resulta de la tradición de la terapia conductual y cognitiva, pero está relacionada con los enfoques de tradiciones humanísticas, existenciales, analíticas y espirituales. Es un conjunto de nuevos enfoques conductuales y cognitivos basados en conceptos contextuales que se centran más en la relación de las personas con el pensamiento y la emoción que en su contenido (Hayes & Hofmann, 2017). Por tal razón, las nuevas terapias tienden a centralizarse más en el empoderamiento y la mejora del repertorio que en la patologización de conductas problemáticas (Hayes, 2004). Los métodos de la tercera ola enfatizaron en la atención plena, las emociones, la aceptación, la relación, los valores, las metas, la metacognición y en estrategias de cambio contextual y experiencial (Carvalho, Martins, Almeida & Silva, 2020; Hayes & Hofmann, 2017). El propósito de las estrategias experimentales y contextuales de este tipo es alterar rápidamente la función de los eventos psicológicos problemáticos, incluso si su forma o frecuencia no cambia o cambia solo lentamente (Hayes, 2004). La terapia cognitivo-conductual de tercera ola es un enfoque emergente, por lo cual todavía faltan datos que respalden su superioridad sobre las terapias convencionales (Carvalho, Martins, Almeida & Silva, 2020).

Teorías explicativas de la anorexia nerviosa

En el presente apartado se abordarán las diferentes teorías que explican los componentes explicativos y de funcionamiento de la AN, tales como la biopsiquiátrica, sociocultural, psicodinámica, de sistema y cognitivo conductual.

Teoría biopsiquiátrica. Madden (2015) manifiesta que los crecientes estudios y hallazgos en neuroimagen, se han centrado en las respuestas del cerebro a los estímulos fundamentales de la enfermedad, particularmente al miedo a los alimentos y a la imagen corporal. Con respecto al miedo a los alimentos, se ha estudiado mediante la visualización de

imágenes de alimentos y la ingesta de estos, por lo que se han identificado varias regiones del cerebro que se encargan de la atención, el placer relacionado a los alimentos, la recompensa anticipada y la percepción de amenaza (Madden, 2015). De esta forma, la amígdala derecha es considerada como primordial en la activación de las respuestas a las imágenes de alimentos y la ingesta de estos. En conjunto, como plantea Madden (2015) estos hallazgos también sugieren que el cerebro responde a los alimentos como algo amenazante y es capaz de ignorar los estímulos relacionados con los alimentos, especialmente en ayuno.

Por otro lado, los estudios han demostrado que los individuos con AN parecen tener un sistema menos eficiente para el procesamiento de recompensas, caracterizado por la dificultad para distinguir los resultados positivos y negativos. Esto se puede observar por los niveles elevados de ansiedad, la dificultad para la toma de decisiones, el alto grado de perfeccionismo y, el déficit en el procesamiento emocional (Madden, 2015).

Teorías socioculturales. Ata, Schaefer & Thompson (2015) refieren que lo sociocultural hace referencia a factores ambientales que tienen un alto impacto en la imagen corporal, las relaciones interpersonales y la internalización de los ideales sociales. Por lo tanto, los estudios evalúan la influencia de los medios de comunicación como las revistas, la televisión, las películas y con mayor fuerza, todo el contenido de internet y las redes sociales, además, dentro del contexto social se encuentran las influencias interpersonales que normalmente provienen de familiares, amigos, maestros, compañeros, entre otros (Ata et al., 2015).

El modelo sociocultural más ampliamente probado y validado es el Modelo de Influencia Tripartita de la imagen corporal y la alteración de la alimentación, de acuerdo con este modelo, existen tres fuentes de influencia sociocultural: padres, compañeros y medios de comunicación;

ellos ejercen su influencia en la insatisfacción corporal directamente o a través de los procesos de comparación de apariencia (Ata et al., 2015).

Teorías psicodinámicas. De acuerdo con Goodsitt (1997) las teorías psicodinámicas están organizadas en tres principalmente: el modelo de conflicto de unidad, el modelo de relaciones de objetos y las teorías de la Psicología del Self. En primer lugar, el modelo de conflicto de unidad define que la psicopatología se deriva de un conflicto intrapsíquico entre el yo, ello y superyó, por los objetivos biológicos que buscan la descarga y las restricciones culturalmente influenciadas contra esta descarga (Goodsitt, 1997). Los síntomas de la AN representan expresiones simbólicas de objetivos sexuales y/o agresiones y defensas contra las fantasías sexuales de la impregnación oral ambivalente (Goodsitt, 1997). En segundo lugar, el modelo de relaciones de objetos según Goodsitt (1997) enfatiza en integrar diversas representaciones del yo y los objetos, así como identificar las deficiencias y/o distorsiones en el desarrollo de las relaciones de objeto, el yo y las representaciones mentales distorsionadas del cuerpo. Los síntomas revelan expresiones simbólicas de representaciones personales y de objetos, también defectos en el ello, en el sentido del yo, una pobre diferenciación entre el yo y los objetos, y el fracaso en desarrollar la constancia del yo y del objeto (Goodsitt, 1997).

Por último, Goodsitt (1997) describe que las teorías de la Psicología del Self determinan que, las consecuencias de las incapacidades o deficiencias psíquicas son estados dolorosos de la mente o estados propios de desvitalización (vacío y entumecimiento; no sentirse vivo y no vivir realmente; disforia y tensión) donde el pensamiento puede verse alterado y desorganizado. Los síntomas se consideran medidas de emergencia para restaurar la sensación de vitalización, integridad o efectividad, dichos síntomas pueden transmitir un significado simbólico, pero su

invocación se deriva más de una necesidad emergente de ahogar los estados dolorosos (Goodsitt, 1997).

Modelo de sistemas. El modelo de sistemas según Minuchin, Rosman & Baker (1978) analiza el comportamiento y la composición psicológica del individuo, enfatizando las influencias que los miembros de la familia tienen entre sí desde la infancia hasta el momento presente. La validación de la familia es vital para todos los miembros de la familia, pero particularmente para los individuos que están experimentando la formación de su identidad; incluso es dentro de la familia donde se desarrolla el sentido de sí mismo como individuo autónomo, que pertenece y puede depender de un grupo (Minuchin et al., 1978). A causa de esto, la forma en que funciona la familia tiene implicaciones en el desarrollo individual y en el desarrollo y mantenimiento de síndromes psicossomáticos, por ello, al estudiar la anorexia se observan los procesos de retroalimentación en los que los miembros de la familia y el individuo que padece AN limitan y regulan el comportamiento del otro (Minuchin et al., 1978).

De acuerdo con Minuchin et al. (1978) los individuos con AN han crecido en una familia que opera con patrones confusos, en la cual aprenden a subordinarse a sí mismo y a tener como expectativa la aprobación del otro. La familia anoréxica está típicamente orientada a los niños; la niña crece cuidadosamente protegida por padres que se centran en su bienestar y la preocupación intrusiva de los padres se expresa en la hipervigilancia de los movimientos del niño y la observación intensa de sus necesidades psicobiológicas (Minuchin et al., 1978). Dado que la evaluación de lo que hace es el dominio de otro, el individuo desarrolla una preocupación obsesiva por la perfección y su autonomía se ve limitada (Minuchin et al., 1978). Finalmente, teniendo en cuenta a Minuchin et al. (1978) es característico de las familias anoréxicas enfocarse

en las funciones corporales debido a que menudo tienen una preocupación especial con asuntos tales como comer, modales en la mesa, dietas y modas alimenticias.

Teoría cognitivo conductual. Las primeras conceptualizaciones de la AN desde una perspectiva cognitivo-conductual se explican por medio de Garner & Bemis (1982) quienes identificaron que, el refuerzo positivo contribuye al mantenimiento del comportamiento anoréxico desde que los individuos experimentan placer por la pérdida de peso exitosa y se felicitan por la disciplina que representa. Wolff & Serpell (1998) señalan que la presencia de creencias o esquemas disfuncionales relativamente estables y profundamente arraigados son tan importantes como los relacionados directamente con la imagen corporal, de esta forma, los mecanismos de mantenimiento como los pensamientos automáticos positivos, los cambios fisiológicos, los comportamientos de seguridad, la rumia sobre la comida y la reacción de los otros inducen un estado de ánimo positivo o refuerzan los sentimientos de inutilidad.

Más recientemente Waller, Kennerley & Ohanian (2007) enfatizaron en como el comportamiento restrictivo de la AN logra la evitación primaria del afecto negativo a través de un proceso de compensación de esquema; en este proceso, se activa un esquema compensatorio y un comportamiento relacionado para evitar la emoción que se experimenta, como se observa cuando se activa un esquema de miedo al fracaso y se agiliza un esquema de estándares implacable que se manifiesta en comportamientos perfeccionistas. Para concluir, según Vitousek & Brown (2015) existen diferentes factores que influyen en la aparición de la sintomatología de AN, dentro de los cuales se encuentra que el individuo puede estar ansioso por una circunstancia que amenaza sus limitados mecanismos de afrontamiento, también puede ser precipitado por un factor de estrés extremo y en otros casos, por la creencia de que la valía personal puede mejorarse comiendo poco y que el peso es el factor más relevante del valor personal. Las

características de la AN son el perfeccionismo, la obsesividad y la hipersensibilidad y otro es el procesamiento de la información, el cual es selectivo e influenciado por el historial de aprendizaje, el estado de ánimo, las preocupaciones actuales, y los sesgos cognitivos que en general pueden contribuir al mantenimiento de los síntomas (Vitousek & Brown, 2015).

Vitousek & Brown (2015) identifican dos conceptos como lo son el refuerzo positivo y negativo, que se asocian con la AN de la siguiente manera:

- Basado en el refuerzo negativo, caracterizado por la evitación de afecto desagradable.
- Basado en el refuerzo positivo, caracterizado por sentimientos de autocontrol y virtud.

Objetivos

Objetivo general

Analizar los avances teóricos del modelo cognitivo conductual en el abordaje explicativo y funcional de la Anorexia.

Objetivos específicos

- Caracterizar los modelos explicativos de la Anorexia desde el modelo cognitivo conductual.
- Describir los factores asociados al curso y los mecanismos mantenedores de la Anorexia con soporte teórico y empírico desde el modelo cognitivo conductual.
- Analizar el nivel de congruencia entre los modelos explicativos de la Anorexia y los diseños de intervención propuestos en los estudios de caso, diseños cuasiexperimentales y experimentales.

Metodología

Tipo de investigación

La presente investigación se sustenta desde el paradigma empírico analítico (Zayas, 2010) y se considera un estudio teórico clásico (Montero y León, 2007), que según su finalidad corresponde a un trabajo de revisión agregativo (Fernández, 2009), de alcance analítico-sintético, por lo que se busca descomponer la variable en sus principales elementos constituyentes para lograr analizar y conocer sus características (Zayas, 2010).

Variable de estudio

La variable central de análisis corresponde al constructo de la Anorexia Nerviosa. En la tabla 1 se observa la Operacionalización de la variable.

Tabla 1

Operacionalización de la variable

Dimensiones	Características
Variable: Anorexia Nerviosa	
Cognitiva (Garner & Bemis, 1982)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstracción selectiva ▪ Sobregeneralización ▪ Sobreestimación ▪ Pensamiento dicotómico ▪ Personalización ▪ Pensamiento supersticioso
Psicopatológica (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrevalorar la alimentación, la forma y el peso y su control. ▪ Perfeccionismo clínico ▪ Baja autoestima ▪ Dificultades interpersonales
Emocional (Lavender et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alexitimia ▪ Desregulación emocional ▪ Evitación emocional

Fuente: propia del autor

Muestra

Los artículos para la revisión constituyen diferentes muestras, unos estudios se usaron para extraer los modelos teóricos, otros para los factores mantenedores y otros para profundizar los modelos explicativos. Los artículos fueron recolectados atendiendo el protocolo de búsqueda descrito en la fase 1 del procedimiento (Ver figura 1), y seleccionados según los criterios elegibilidad expuestos a continuación:

Criterios de inclusión. Se establecieron 4 criterios de inclusión:

- Relativos al objeto de estudio y diseño metodológico de las investigaciones consultadas:
 - Constructo analizado: anorexia nerviosa.

- Tipo de estudios: teóricos, estudio de casos, diseños cuasiexperimentales y diseños experimentales.
- Relativos a la población analizada por dichos estudios:
 - Adolescentes y adultos con edades entre los 13 y los 56 años.
 - Condición: En tratamiento psicológico y/o atención hospitalaria / ambulatoria.

Criterios de exclusión. Se establecieron 2 criterios de exclusión:

- Constructo analizado: sintomatología psicótica o relacionada con el trastorno del espectro autista y diagnóstico de otros trastornos alimenticios.
- Edad: niños(as) <13 años o adultos mayores, con edades superiores a los 56 años.

Procedimiento

Para la ejecución de esta investigación se propusieron cuatro fases, que se desarrollaron de la siguiente manera:

Fase 1. Diseño de protocolo de búsqueda. En esta fase la búsqueda de los artículos se realizó en las base de datos especializadas Scopus, ScienceDirect, Web of Science y PubMed, en dos idiomas (español e inglés), empleando los siguientes 10 términos agrupados en dos grupos de palabras: a) Términos teóricos (theory, approaches, conceptualising, theoretical literature, cognitive models, psychological factors, case study, cognitive and cognitive profile), y b) Término del constructo (anorexia nervosa), unidos por el operador booleano “AND”.

Fase 2. Selección de los artículos. Se realizó la selección mediante la revisión del resumen y el apartado metodológico, verificando el cumplimiento de todos los criterios de inclusión y el incumplimiento obligatorio de los criterios de exclusión, antes mencionados. Los estudios seleccionados fueron relacionados progresivamente en una matriz elaborada en Microsoft Excel, registrando los autores, la fecha de publicación y el resumen de cada estudio.

Fase 3. Extracción de los modelos explicativos y los mecanismos de mantenimiento y curso. De aquellos estudios elegidos se extrajo los referentes teórico-explicativos de la AN propuestos por los autores, así como los mecanismos mantenedores y asociados al curso que fueron evidenciados en los estudios de casos, diseños cuasiexperimentales y diseños experimentales. Una vez identificados todos los modelos explicativos se procedió a su representación gráfica y análisis, así como la elaboración de una matriz para los mecanismos mantenedores y de curso.

Fase 4. Comparación de los modelos explicativos y los diseños de intervención. Se efectuó el análisis del nivel de congruencia de los modelos explicativos y los diseños de intervención propuestos en las investigaciones.

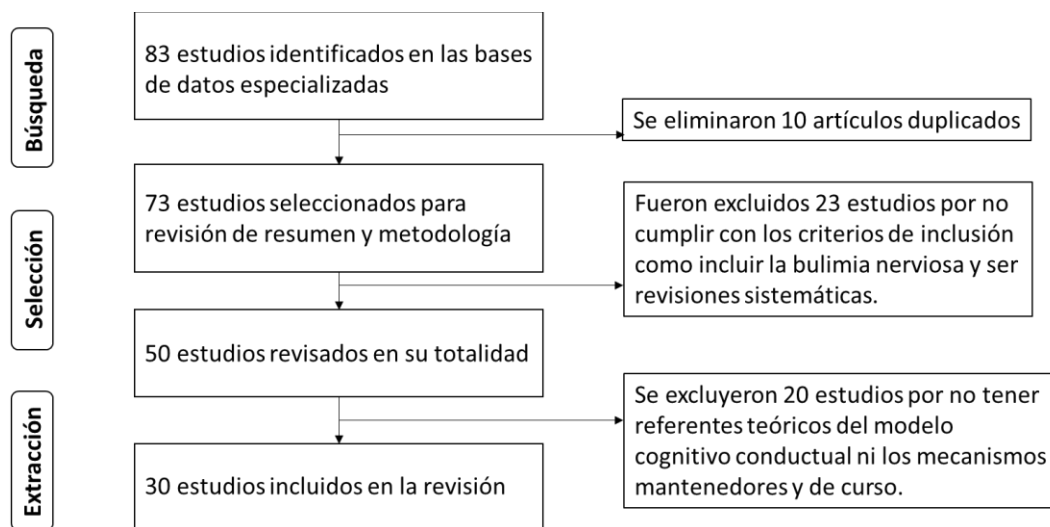


Figura 1 Diagrama de flujo del proceso de inclusión de artículos. Fuente: propia del autor

Resultados

Esta investigación realizó una búsqueda bibliográfica en Scopus, ScienceDirect, Web of Science y PubMed, a partir de la cual se seleccionaron y analizaron 30 artículos y 6 de las fuentes primarias citados en ellos, para cumplir con los objetivos postulados. En este apartado

se analizan inicialmente, los seis modelos explicativos, extraídos de los estudios revisados. Posteriormente se describen los factores asociados al curso de la AN y los mecanismos mantenedores y finalmente, se presenta el análisis de congruencia entre las propuestas teóricas y la práctica clínica reportada en los estudios.

Caracterización de los modelos explicativos

En el análisis del abordaje explicativo, se observó que los modelos intentan describir la dinámica de los componentes del desarrollo y mantenimiento de la AN e igualmente plantean algunas consideraciones al tratamiento. Sin embargo, varios se ocupan exclusivamente de los factores de mantenimiento de la AN, no de su curso. A continuación, se relacionan en orden generacional los 6 principales modelos explicativos de la AN derivados de la revisión teórica realizada en el presente estudio.

Los modelos de primera generación concentran la explicación en las modificaciones de las contingencias ambientales. Estos son los modelos que se aplican específicamente a la AN:

Modelo funcional (Slade, 1982). Este modelo sugiere que la dificultad para la alimentación es una alteración secundaria a un conjunto de problemas psicológicos, por tanto, el comportamiento actual está a función de dos variables: los antecedentes y las consecuencias. Así, la dieta inicial se produce mediante eventos precedentes (ver variables del 1 al 9, Fig. 2), los circuitos de retroalimentación positivo y negativo conducen a un cambio en el comportamiento

(ver variables de la 10 a 14, Fig. 2), facilitando a su vez nuevos conflictos adolescentes, problemas interpersonales, estrés y/o experiencias de fracaso.

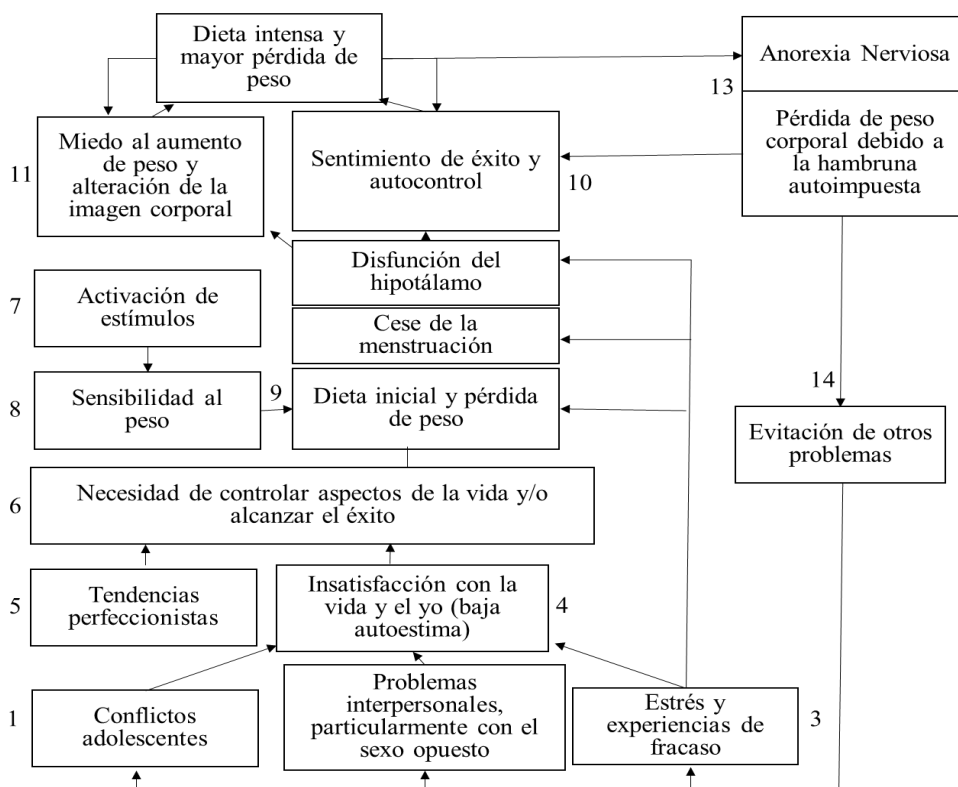


Figura 2 Modelo funcional de la AN. Adaptado de "Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa," por P Slade, 1982, *British Journal of Clinical Psychology*, 2, p. 170.

Modelo de desarrollo y mantenimiento (Lloyd, Frampton, Verplanken & Haase, 2017). Según este modelo, la ansiedad de los individuos con AN los predispone al desarrollo y la dependencia de los hábitos alimenticios restrictivos al afectar la función del sistema dirigido a la meta y alentar la repetición de la restricción dietética. También proponen que, el refuerzo de la inanición, causa una repetición excesiva del comportamiento restrictivo a través del desarrollo de

síntomas psicológicos de la AN. El modelo reconoce la participación de doce factores de desarrollo y mantenimiento de la AN, tal como se expone en la Figura 3.

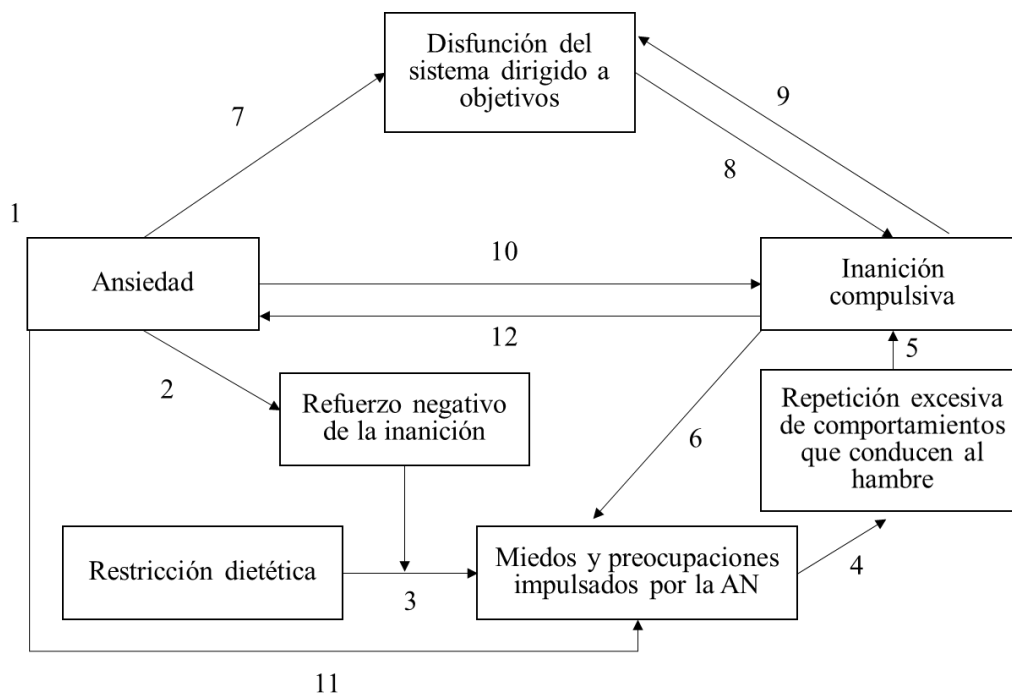


Figura 3 Modelo de desarrollo y mantenimiento de la AN. Adaptado de “How extreme dieting becomes compulsive: A novel hypothesis for the role of anxiety in the development and maintenance of anorexia nervosa,” por C. Lloyd, I. Frampton, B. Verplanken & A. Haase, 2017, *Medical Hypotheses*, 108, p. 146.

Los modelos que responden a la segunda generación consideran las cogniciones como uno de los factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta patológica. A continuación, se describen los aspectos específicos de cada teoría:

Modelo multidimensional (Garner, 1993). Define la AN como un trastorno multifactorial y establece su patogénesis en virtud de un patrón de síntomas representando una vía que resulta de la interacción de tres clases de factores: predisponentes, precipitantes y de perpetuación. Los factores predisponentes incluyen elementos individuales que son los factores psicológicos y de personalidad, los familiares como los estilos de crianza disfuncionales y los culturales que hacen referencia a los valores y las creencias sobre la delgadez; los factores

precipitantes son aquellos que pueden inducir la AN en personas vulnerables que, han establecido la creencia de que la delgadez es muy importante; los factores perpetuantes son aquellos que mantienen la AN por los efectos de la inanición y lo psicosocial. La figura 4 permite ilustrar lo mencionado anteriormente.

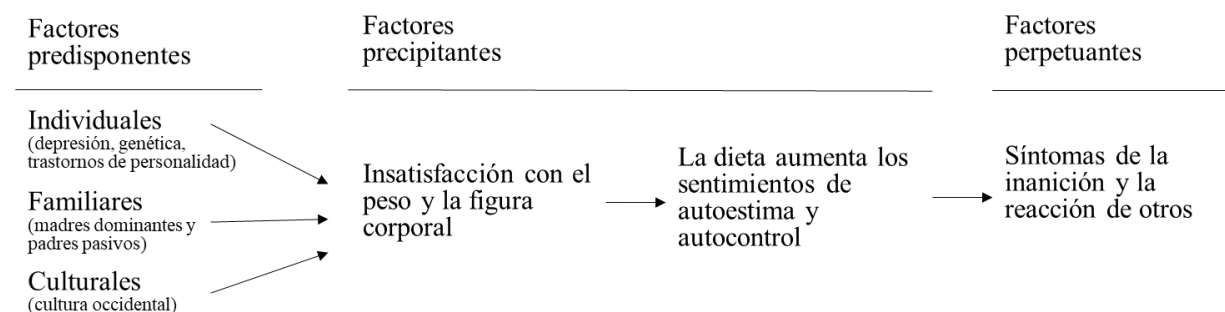


Figura 4 Modelo multidimensional de la AN. Adaptado de “Pathogenesis of anorexia nervosa,” por D Garner, 1993, *The Lancet*, 341, p. 1632.

Teoría transdiagnóstica (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Es una formulación cognitiva conductual que, propone una red de mecanismos de mantenimiento interrelacionados que explican la persistencia de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios atípicos. Los autores plantean que, en la gran mayoría de los casos, hay una alteración cognitiva caracterizada por la sobreevaluación de la alimentación, la forma y el peso. Mencionan además que, uno o más de los procesos de mantenimiento interactúan con el mecanismo central del trastorno alimentario tal y como se aprecia en la figura 5.

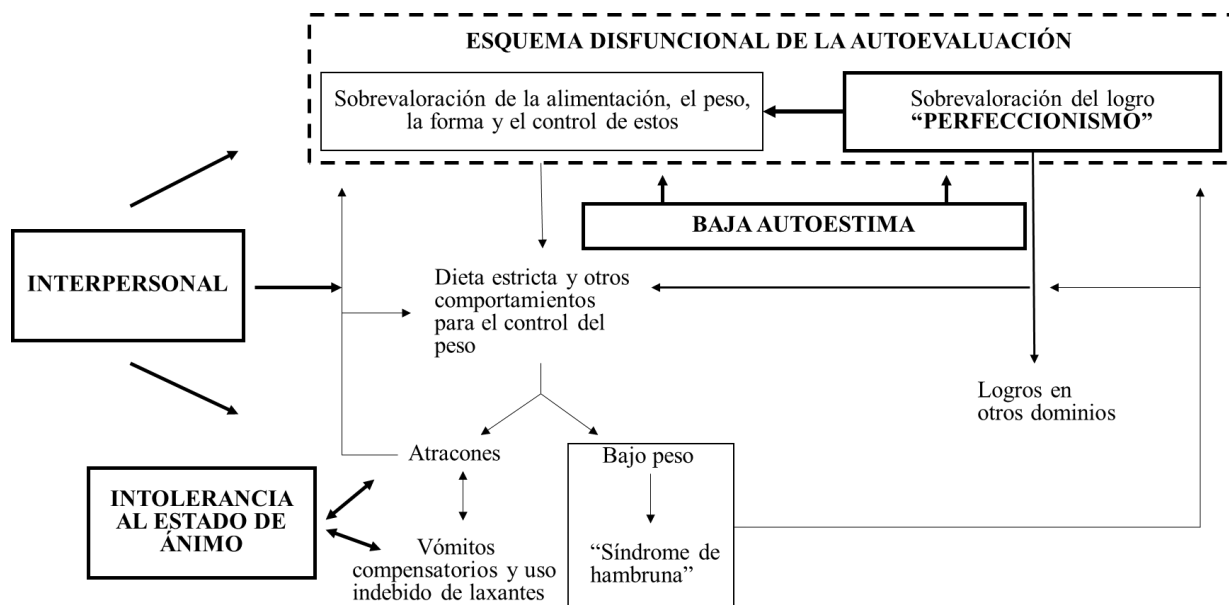


Figura 5 Teoría transdiagnóstica. Adaptado de “Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment,” por C. Fairburn, Z. Cooper & R. Shafran, 2003, *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 516.

Los modelos de tercera generación resaltan el contexto y el procesamiento experiencial para afrontar las situaciones internas como las emociones y las externas que generan malestar. En este sentido, se plantean los siguientes modelos teóricos:

Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal (Schmidt & Treasure, 2006).

Sostiene que, los síntomas anoréxicos se mantienen intrapersonalmente por creencias acerca de la función positiva de la enfermedad para la persona, e interpersonalmente por respuestas tanto positivas como negativas provocadas por otras personas cercanas, por la presentación física y los comportamientos asociados con AN, en individuos que son vulnerables. La vulnerabilidad se ve definida por rasgos de personalidad evitativos y/o obsesivo-compulsivos y factores biológicos desconocidos (Ver figura 6).

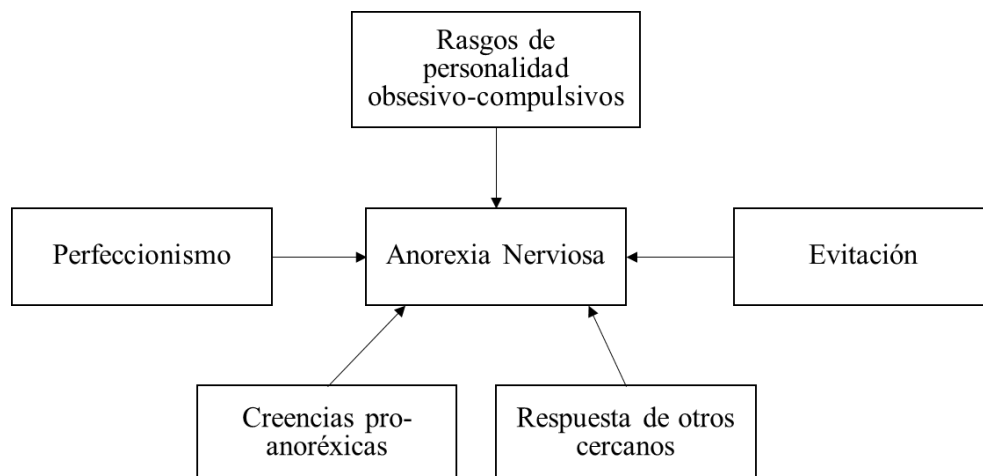


Figura 6 Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal de la AN. Fuente: propia del autor

Teoría de factores de riesgo y mantenimiento (Oldershaw, Startup & Lavender, 2019). Describe la AN como una dificultad en la sintonización, que es la capacidad de identificar los sentimientos del yo y los demás, y en la diferenciación, que es la capacidad de un sistema familiar y sus miembros para manejar la reactividad emocional. Lo que lleva a un sentimiento de experiencia emocional abrumadora, que no se puede integrar completamente y es incapaz de convertirse en un sentido coherente del yo durante la adolescencia (Factores de desarrollo). Esto da como resultado una comprensión deficiente de las propias necesidades y emociones, generando dependencia a la señalización y validación externa (Factores de perpetuación). La AN emerge como un medio para regular y administrar la experiencia emocional. En la figura 7, se concretan los componentes claves de esta teoría.

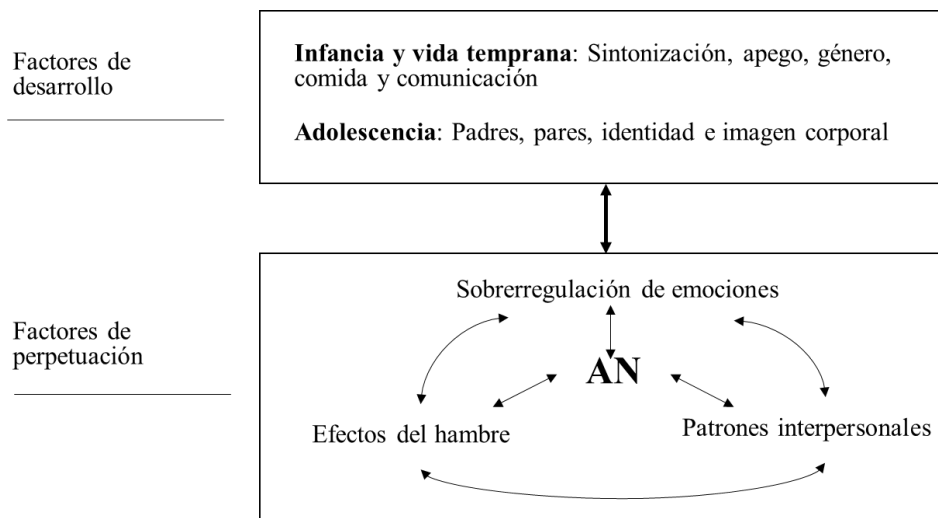


Figura 7 Teoría de factores de riesgo y mantenimiento de la AN. Fuente: propia del autor

Descripción de los mecanismos mantenedores y los asociados al curso

Para la identificación de los factores asociados al curso y los mecanismos mantenedores de la AN con soporte teórico y empírico, se realizó la revisión de treinta estudios relevantes, 40% de ellos correspondientes a estudios teóricos, 26% a diseños cuasiexperimentales, 23% a estudios de caso y, finalmente, 11% excedente fueron diseños experimentales. A continuación, la tabla 2 presenta los factores y mecanismos identificados, siendo los más explorados, los factores cognitivos, los afectivos/emocionales y los psicosociales.

Tabla 2

Elementos asociados al curso y los mecanismos mantenedores de la AN

Nombre del autor/es	Factores asociados al curso y el mantenimiento de la AN														Efectos de la Inanición	Psicosociales	Familiares	Culturales	Alianza terapéutica
	Temperamento	Cognitivos									Afectivos/ Emocionales								
		P	R	AU	AS	PR	PN	SA	SI	IC	I	R	AN	DE					
Estudios teóricos																			
Gadsby & Williams (2018) - I										C									
Murray et al. (2018) - I											C	C	C						
Sala et al. (2018) - I											M	M							
Shafran et al. (2002) - II		M			M														
Legrand (2010) - II										C									
Wollburg et al. (2013) - II		M	M															C	
Martinez et al. (2014) - III			M		M						M	M							
Gioacchino et al. (2015) - II															M	M		M	
Gadsby (2017) - II										M									
Gregertsen et al. (2017) - II				M		M													
Lantz et al. (2018) - II										A									
Reilly et al. (2018) - II							M					M							
Estudios de caso																			
Murray et al. (2016) - I										C	C	C				C	C		
Engelsen (2002) - II		C		C		M				C		C			M	A	A		
Inagaki et al. (2002) - II												C	C	C		M			
Demarque et al. (2013) - III												C		C		C	A	C	
Hurst et al. (2015) - II		M	M																
Lacoste (2017) - II												A					C		

Koskina & Schmidt (2019) - II	A	A		A			M			C	C
Diseño cuasiexperimental											
Harrison et al. (2010) - III						M		M	M	M	
Brockmeyer et al. (2012) - II					M						
Hartmann et al. (2014) - II		M			M					M	
Rodríguez-Cano et al. (2014) - II	M									M	
Torres et al. (2015) - II								M		M	
Brockmeyer et al. (2018) - II						M	M				
Calugi et al. (2018) - II										M	
Sala et al. (2019) - II					M						
Diseño experimental											
Tuschen-Caffier et al. (2015) - I				M				M			
Turton et al. (2018) - III							M				M
Gilon et al. (2018) - II						M			M		

Nota. P = Perfeccionismo; R = Rigidez cognitiva; AU = Autoestima; AS = Atención selectiva; PR = Creencias pro-anoréxicas; PN = Pensamiento negativo repetitivo; SA = Sesgos atencionales; SI = Sesgos de interpretación; IC = Imagen corporal; I = Identificación de las emociones; R = Regulación emocional; AN = Ansiedad; DE = Depresión; C = Curso; M = Mantenedor; A = Ambos (C-M); I = Primera generación; II = Segunda generación; III = Tercera generación.

Los resultados de la revisión de estudios teóricos y empíricos evidencian que, la mayoría de los factores asociados al curso y al mantenimiento de la AN son cognitivos y afectivos/emocionales, reconociendo además que, estos factores pueden ayudar en el desarrollo de programas de prevención e intervención más efectivos. A continuación, se describen los principales hallazgos:

- En los factores cognitivos se destacaron el perfeccionismo y la imagen corporal. El perfeccionismo se caracteriza por la tendencia de las personas a ser muy exigentes con su desempeño, lo que facilita comportamientos típicos de la AN como las restricciones dietéticas. Con respecto a la imagen corporal los estudios identifican una distorsión en la percepción del propio cuerpo. Adicionalmente, según las investigaciones, otros factores de mantenimiento cognitivos relevantes son la rigidez cognitiva y baja autoestima.
- En los factores afectivos/emocionales, la identificación y regulación de las emociones se señalan como los más relevantes. Estas son características específicas de rasgos de la personalidad y parecen ser las más alteradas en los pacientes con AN.

Igualmente, se identificó que la AN está asociada a una serie de dificultades interpersonales, como una mayor sensibilidad al rechazo social. La dinámica familiar, los antecedentes de dieta familiar y los estilos parentales de crianza, hacen de los factores familiares variables significativas en la psicopatología de la AN. Finalmente, se hizo evidente que la gravedad de los síntomas de inanición afecta la alimentación, el peso y la psicopatología general por lo que tienen un papel de mantenimiento exclusivamente.

Congruencia de los modelos explicativos y los diseños de intervención

En el análisis del nivel de congruencia entre los modelos explicativos de la AN y los diseños de intervención propuestos en los estudios de caso, diseños cuasiexperimentales y

experimentales revisados, se encontró que, los componentes expuestos en los diferentes modelos tienen relación lógica entre sí. Los factores explicativos son investigados y examinados en la práctica clínica, destacándose unos más que otros.

En cuanto a los modelos explicativos para la AN de corte cognitivo conductual, desde sus tres generaciones, se plantea en la primera generación la importancia del rol del refuerzo de la inanición y las relaciones interpersonales. El modelo de Lloyd et al. (2017) definen que, los efectos de un mayor refuerzo de la inanición dan como resultado la psicopatología de la AN. Bajo el mismo lente de la terapia conductual, Murray et al. (2018) expresa que, es necesario la determinación de los estímulos condicionales e incondicionales que comprenden la AN.

La segunda generación hace mayor énfasis en las creencias distorsionadas de la imagen corporal, como es el caso de la teoría transdiagnóstica de Fairburn et al. (2003) que, representa los procesos principales que mantienen la AN y la alteración central de la sobreevaluación de la forma y el peso. Shafran et al. (2002) profundiza sobre los procesos cognitivos que mantienen el perfeccionismo como la atención selectiva. De modo similar, Reilly et al. (2018) sostiene que, el pensamiento negativo repetitivo se refiere a procesos cognitivos pudiendo interferir con el aprendizaje correctivo que es esencial para el tratamiento.

La tercera generación se caracteriza por un modelo contextual, en el cual se asume que el problema tiene que ver con el individuo en sus relaciones con los demás y con el mismo (Pérez, 2012). Particularmente en el caso de la AN, se formula una teoría explicativa que responde a estas características, conocida como teoría de factores de riesgo y mantenimiento, propuesta por Oldershaw et al. (2019). Esta teoría plantea que, las personas con AN dependen desproporcionadamente de la retroalimentación de otras personas para regular la emoción, especialmente en la adolescencia temprana y media.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue analizar los avances teóricos en el abordaje explicativo y funcional de la anorexia nerviosa, a partir de las tres generaciones del modelo cognitivo conductual. Para lograr este objetivo, se establecieron diferentes criterios de elegibilidad y se seleccionaron treinta y seis artículos que cumplieron completamente con dichos criterios.

Hubo cuatro hallazgos principales que dieron cumplimiento a los objetivos específicos. La caracterización realizada para el objetivo específico número uno concluyó que, la segunda generación del modelo cognitivo conductual se enfocó en la sobrevaloración de la forma y el peso como la psicopatología central de los TCA, mientras que la tercera generación propuso que, la AN se perpetúa a sí misma debido al refuerzo de los patrones sociales, emocionales y de comportamiento. Los hallazgos de DuBois et al. (2017) y Forrest, Jones, Ortiz & Smith (2018) apoyan la premisa cognitivo-conductual sobre la sobrevaluación de la forma y el peso, destacándola como el síntoma con mayor importancia y como un especificador de gravedad. Por otro lado, el resultado de la tercera generación replica lo reportado por algunos investigadores sobre los patrones sociales (Arcelus, Haslam, Farrow & Meyer, 2012).

La descripción del segundo objetivo permitió identificar que, la mayoría de los factores asociados al curso y al mantenimiento de la AN son cognitivos y afectivos/emocionales. En los factores cognitivos se encuentra el perfeccionismo, la alteración de la imagen corporal y la baja autoestima. Los estudios respecto a las variables cognitivas, demuestran cómo se encuentra mayor perfeccionismo en la AN en comparación con grupos sanos (Haynos et al., 2018). Asimismo, las investigaciones coinciden en que existe una alteración de la imagen corporal en la AN (Glashouwer, Van der Veer, Adipatria, de Jong & Vocks, 2019) y otros estudios realizados

sobre autoestima, también señalan que en los individuos con AN es significativamente menor (Adamson, Ozenc, Baillie & Tchanturia, 2019; Kästner, Löwe & Gumz, 2018). Mientras tanto, en los factores afectivos/emocionales está la regulación emocional y la depresión. Los estudios respecto a las variables afectivas/emocionales indican que, los individuos con AN muestran déficit de regulación emocional y mayor comorbilidad depresiva (Kahn, Brunstein-Klomek, Hadas, Snir & Fenning, 2019; Meule et al., 2019).

El análisis de congruencia planteado en el objetivo específico tres encontró que, los modelos de segunda generación de la TCC son los que más investigaciones experimentales realizan, aplicando los principios y los componentes explicativos para conocer el curso y mantenimiento de la AN, tal como algunos autores han sugerido (Dalle et al., 2016). Aunque, contrariamente a lo que describe el estudio anterior, se ha definido la necesidad de evaluar en qué formato la TCC puede ser eficaz como tratamiento para la AN (Galsworthy y Allan, 2013).

El último hallazgo señala que se observan avances teóricos de tercera generación de la TCC para la AN, pero se localizan pocos estudios que soporten empíricamente lo formulado en la teoría. Este resultado también es similar al encontrado en el estudio ejecutado por Linardon et al. (2017) en el cual, el número limitado de estudios también impidió un análisis, pero señaló que actualmente ninguna terapia de tercera generación cumple con los criterios formales para un tratamiento empíricamente respaldado.

Limitaciones y recomendaciones

En la presente investigación la mayor limitación fue la búsqueda bibliográfica de artículos en español en el contexto latinoamericano, debido a que son pocas las publicaciones en revistas de alto impacto y las cifras de prevalencia no son precisas; puntualmente la mayoría de artículos son redactados en inglés, en países europeos y de América del Norte. Otra limitación

fue el análisis de subgrupos de pacientes como: el subtipo restrictivo y el de atracón, y los elementos diferenciales por edades (adolescentes y adultos).

La recomendación para futuras investigaciones es escoger evidencias provenientes de estudios experimentales con tamaños muestrales mayores, muestra de subgrupo de pacientes y metaanálisis. En cuanto a recomendaciones clínicas:

- Definir los subgrupos de pacientes para conocer las variables de curso y mantenimiento.
- Integrar las medidas cognitivas y emocionales para la evaluación e intervención.

Conclusiones

Las conclusiones obtenidas mediante el análisis de la literatura, exponen la dificultad para realizar estudios epidemiológicos y experimentales con una amplia muestra de pacientes diagnosticados con AN. También se observó que, son pocos los avances teóricos que identifican las variables cognitivas como factores de desarrollo y mantenimiento para la AN posterior a la teoría de Fairburn et al. (2003). Asimismo, las variables cognitivas como el perfeccionismo, la rigidez cognitiva, la autoestima, entre otras fueron muy investigados en la literatura analizada en lo correspondiente al abordaje funcional de la AN, donde se evalúa el rol de las creencias disfuncionales sobre el peso y la imagen corporal en el curso, complejidad y recuperación del trastorno (Brockmeyer et al., 2018; Gregertsen et al., 2017; Koskina & Schmidt, 2019). Por otro lado, en los últimos años se ha propuesto por parte de diferentes investigadores (Schmidt & Treasure, 2006; Oldershaw et al., 2019) la relevancia teórica y práctica del procesamiento de las emociones, donde al modificar los patrones emocionales hacia la alimentación, la forma y el peso se mejora la habilidad de respuesta a las presiones ambientales.

Finalmente, una de las principales conclusiones de este trabajo es que los modelos explicativos que, describen el desarrollo y mantenimiento de la AN desde las tres generaciones del modelo cognitivo conductual han desarrollado investigaciones desde los años setenta, intentando identificar y modificar las características cognitivas, emocionales y conductuales del trastorno. Pese a los avances significativos en la teoría, la práctica clínica, los estudios experimentales y los tratamientos basados en la evidencia no cuentan con suficiente soporte debido a los riesgos para la salud asociados al bajo peso de los pacientes con AN.

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios comprendidos en la revisión.

Abreu, C., & Cangelli, R. (2017). Anorexia nervosa and bulimia nervosa — a psychotherapeutic cognitive-constructivist approach. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 248-253.
doi:10.1080/09540261.2017.1285550

Academy for Eating Disorders. (2011). Eating Disorders are Serious Mental Illnesses.

Recuperado de <https://www.aedweb.org/advocate/press-releases/public-endeavors-to-reduce-obesity>

Adamson, J., Ozenc, C., Baillie, C., & Tchanturia, K. (2019). Self-Esteem Group: Useful Intervention for Inpatients with Anorexia Nervosa?. *Brain Sciences*, 9(1), 1-11.
doi:10.3390/brainsci9010012

Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B., Vokó, Z., & Sheehan, D. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353-364. doi:10.1007/s40519-016-0264-x

American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271

American Psychological Association. (2019). Literature Review Guidelines. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/gen/literature-review-guidelines#>

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2012). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33, 156-167. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.009

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM V*. Barcelona: Médica Panamericana.

Ata, R., Schaefer, L., & Thompson, K. (2015). Sociocultural Theories of Eating Disorders. En Smolak, L., & Levine, M. (Eds.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 269-282). Malden, United States: John Wiley & Sons, Ltd.

Bentz, M., Moellegaard, J., Pedersen, T., Bulik, C., Pedersen, L., Pagsberg, A., & Plessen, K. (2016). Impairment of Social Function in young females with recent-onset Anorexia Nervosa and recovered individuals. *Journal of Adolescent Health*, 1-10.
doi:10.1016/j.jadohealth.2016.08.011

*Brockmeyer, T., Anderle, A., Schmidt, H., Feby, S., Wünsch-Leiteritz, W., Leiteritz, A., & Friederich, H. (2018). Body image related negative interpretation bias in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 69–73. doi:10.1016/j.brat.2018.03.003

*Brockmeyer, T., Grosse, M., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (2012). The thinner the better: Self-Esteem and low body weight in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 394-400. doi:10.1002/cpp.1771

Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C., Treasure, J., & Crosby, R. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823–2833. doi:10.1017/s0033291717001349

*Calugi, S., Chignola, E., El Ghoch, M., & Dalle, R. (2018). Starvation symptoms in patients with anorexia nervosa: a longitudinal study. *Eating Disorders*, 1–15.
doi:10.1080/10640266.2018.1471921

Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle, R. (2018). Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa:

- A longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 63-68.
doi:10.1016/j.brat.2018.04.001
- Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48. doi:10.1016/j.brat.2016.11.006
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Sevilla: Editorial Desclee Brouwer S.A.
- Carvalho, S., Martins, C., Almeida, H., & Silva, F. (2020). The evolution of Cognitive Behavioural Therapy – The Third Generation and its effectiveness. *European Psychiatry*, 41(S1), 773-774.
- Cooper, M. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development, and future directions. *Clinical Psychology Reviews*, 25(4), 511-531.
- Comisión de regulación en Salud. (2012). Acuerdo número 31 de 2012. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo-31-de-2012.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2011). Sentencia T-094/11. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-094-11.htm>
- Dalle, R., Calugi, S., Doll, H., & Fairburn, C. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 9-12. doi:10.1016/j.brat.2012.09.008
- Dalle, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-8.
doi:10.1007/s11920-015-0643-4

- Dalle, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1042-1046. doi: 10.1002/eat.23122
- *Demarque, M., Guzman, G., Morrison, E., Ahovi, J., Moro, M., & Blanchet, C. (2013). Anorexia nervosa in a girl of Chinese origin: Psychological, somatic and transcultural factors. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 276-288. doi:10.1177/1359104513514067
- DuBois, R., Rodgers, R., Franko, D., Eddy, K., & Thomas, J. (2017). A network analysis investigation of the cognitive-behavioral theory of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 213-221. doi: 10.1016/j.brat.2017.08.004
- Duriez, P., Ramoz, N., Gorwood, P., Viltart, O., & Tolle, V. (2019). A Metabolic Perspective on Reward Abnormalities in Anorexia Nervosa. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 30(12), 915-928. doi: 10.1016/j.tem.2019.08.004
- *Engelsen, B. K. (2002). Social influences in the development of anorexia nervosa. A case study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7(3), 249-255. doi:10.1007/bf03327464
- Evans, E., & Lo, C. (2013). Nutritional problems of adolescents. En Caballero, B., Allen, L., & Prentice, A. (Ed.), *Encyclopedia of human nutrition* (pp. 14-22). Oxford, United Kingdom: Elsevier Ltd.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Palmer, R., & Dalle, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1). doi:10.1016/j.brat.2012.09.010

- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fernández, L. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329-344.
- Forrest, L., Jones, P., Ortiz, S., & Smith, A. (2018). Core psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A network analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 1-12. doi: 10.1002/eat.22871
- Frostad, S., Danielsen, Y., Rekkedal, G., Jevne, C., Dalle, R., Ro, O., & Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of Eating Disorders*, 6(12), 1-8. doi: 10.1186/s40337-018-0198-y
- *Gadsby, S. (2017). Explaining body size beliefs in anorexia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 22(6), 1-13. doi:10.1080/13546805.2017.1401531
- *Gadsby, S., & Williams, D. (2018). Action, affordances, and anorexia: body representation and basic cognition. *Synthese*, 195(12), 5297-5317. doi:10.1007/s11229-018-1843-3
- Galsworthy, L., & Allan, S. (2013). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54-72. doi:10.1016/j.cpr.2013.11.001
- Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635. doi:10.1016/0140-6736(93)90768-c
- Garner, D., & Bemis, K. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123-150.

- *Gilon, T., Hamdan, S., Bar-Haim, Y., Lazarov, A., Enoch-Levy, A., Dubnov-Raz, G.,...Stein, D. (2018). Different attention bias patterns in anorexia nervosa restricting and binge/purge types. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 293–301.
doi:10.1002/erv.2593
- *Gioacchino, O., Vilei, A., Maddux, J., & Gennaro, A. (2015). Psychopathology as Social Construction: The Case of Anorexia Nervosa. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(2), 105-125. doi:10.1080/10720537.2013.858087
- Glashouwer, K., Van der Veer, M., Adipatria, F., de Jong, P., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74. doi:10.1016/j.cpr.2019.101771
- Goodsitt, A. (1997). Eating Disorders: A Self-Psychological Perspective. En Garner, D., & Garfinkel, P. (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 3-10). New York, United States: The Guilford Press.
- Gravina, G., Milano, W., Nebbiabi, G., Piccione, C., & Capasso, A. (2018). Medical complications in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets*. doi:10.2174/1871530318666180531094508
- *Gregertsen, E., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The Egosyntonic nature of Anorexia: An impediment to recovery in Anorexia Nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-9.
doi:10.3389/fpsyg.2017.02273
- Harper, J., Brodrick, B., Van Enkevort, E., & McAdams, C. (2017). Neuropsychological and Cognitive Correlates of Recovery in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 491-500. doi: 10.1002/erv.2539

- *Harrison, A., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Attentional Bias, Emotion Recognition, and Emotion Regulation in Anorexia: State or Trait?. *Biological Psychiatry*, 68(8), 755–761.
doi:10.1016/j.biopsych.2010.04.037
- *Hartmann, A., Thomas, J., Greenberg, J., Matheny, N., & Wilhelm, S. (2014). A comparison of Self-Esteem and Perfectionism in Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(12), 883–888.
doi:10.1097/nmd.0000000000000215
- Hay, P., Claudino, A., Touyz, S., Abd, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi:10.1002/14651858.CD003909.pub2
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy Relational Frame theory, and the third wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S., & Hofmann, S. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
- Haynos, A., Utzinger, L., Lavender, J., Crosby, R., Cao, L., Peterson, C.,... Goldschmidt, A. (2018). Subtypes of Adaptive and Maladaptive Perfectionism in Anorexia Nervosa: Associations with Eating Disorder and Affective Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(4), 691-700.
- Hempel, R., Vanderbleek, E., Lynch, T. (2018). Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 26(1), 92-104.
doi:10.1080/10640266.2018.1418268

- *Hurst, K., & Zimmer-Gembeck, M. (2015). Focus on perfectionism in female adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 936–941.
doi:10.1002/eat.22417
- *Inagaki, T., Horiguchi, J., Subouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J., & Seno, H. (2002). Late onset Anorexia Nervosa: Two Case Reports. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), 91–95. doi:10.2190/5xkk-g84j-fnpp-p5jj
- Kahn, M., Brunstein-Klomek, A., Hadas, A., Snir, A., & Fenning, S. (2019). Early changes in depression predict outcomes of inpatient adolescent anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-9. doi: 10.1007/s40519-019-00686-9
- Kask, J., Ekselius, L., Brandt, L., Kollia, N., Ekblom, A., & Papadopoulos, F. (2016). Mortality in women with anorexia nervosa: The role of comorbid psychiatric disorders. *Psychosomatic Medicine*, 78(8), 910-919. doi:10.1097/PSY.0000000000000342
- Kästner, D., Löwe, B., Gumz, A. (2018). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa – A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 101-116.
- Kidd, A., & Steinglass, J. (2012). What can cognitive neuroscience teach us about anorexia nervosa? *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 415-420. doi:[10.1007/s11920-012-0285-8](https://doi.org/10.1007/s11920-012-0285-8)
- *Koskina, A., & Schmidt, U. (2019). Who am I without anorexia? Identity exploration in the treatment of early stage anorexia nervosa during emerging adulthood: a case study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12(32), 1-8. doi:10.1017/s1754470x19000187

- *Lacoste, M. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment approach. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 76–80.
doi:10.1016/j.avb.2017.07.006
- *Lantz, E., Gaspar, M., DiTore, R., Piers, A., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders*, 23(3), 275–291. doi:10.1007/s40519-018-0483-4
- Lavender, J., Wonderlich, S., Engel, S., Gordon, K., Kaye, W., & Mitchell, J. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122.
doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010
- *Legrand, D. (2010). Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48(3), 726–737.
doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.026
- Linardon, J., Fairburn, C., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfley, D., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 125–140.
doi:10.1016/j.cpr.2017.10.005
- Lorenzo-Luaces, L., Keefe, J., & DeRubeis, R. (2016). Cognitive-behavioral therapy: Nature and relation to non-cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 47(6), 785 – 803. doi: 10.1016/j.beth.2016.02.012
- Lloyd, C., Frampton, I., Verplanken, B., & Haase, A. (2017). How extreme dieting becomes compulsive: A novel hypothesis for the role of anxiety in the development and

- maintenance of anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*, 108, 144-150. doi: 10.1016/j.mehy.2017.09.001
- MacSween, M. (1993). *Anorexic bodies. A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. London, United Kingdom: Routledge.
- Madden, S. (2015). Biopsychiatric theories of Eating Disorders. En Smolak, L., & Levine, M. (Ed.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 211-221). Malden, United States: John Wiley & Sons, Ltd.
- *Martinez, G., Cook-Darzens, S., Chaste, P., M-C Mouren., & Doyen, C. (2014). L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif: nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques. *L'Encéphale*, 40(2), 160-167. doi:10.1016/j.encep.2012.06.004
- Marzola, E., Fassino, S., Amianto, F., Abbate-Daga, G. (2017). Affective temperaments in anorexia nervosa: The relevance of depressive and anxious traits. *Journal of Affective Disorders*, 218, 23-29. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.054
- Mascolo, M., Geer, B., Feuerstein, J., & Mehler, P. (2016). Gastrointestinal comorbidities which complicate the treatment of anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 25(2), 122-133. doi:10.1080/10640266.2016.1255108
- Mehler, P., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(11), 1-8. doi:10.1186/s40337-015-0040-8
- Meule, A., Richard, A., Schnepper, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S.,... Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 1-17. doi: 10.1080/10640266.2019.1642036
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, United States: Harvard University Press.

Montero, I., y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-17.
doi:10.33670/18181023.v12i01.66

Munro, C., Randell, L., & Lawrie, S. (2016). An integrative Bio-Psycho-Social theory of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 1-21.
doi:10.1002/cpp.2047

*Murray, S. B., Strober, M., Craske, M. G., Griffiths, S., Levinson, C. A., & Strigo, I. A. (2018). Fear as a Translational Mechanism in the Psychopathology of Anorexia Nervosa.

Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 95, 383-395.

doi:10.1016/j.neubiorev.2018.10.013

*Murray, S. B., Treanor, M., Liao, B., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2016).

Extinction theory & anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 1–10. doi:10.1016/j.brat.2016.08.017

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Eating disorders: recognition and treatment: Guidance – Recommendations. Recuperado de

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>

National Institute of Mental Health. (2018). Trastornos de la alimentación: más que comida.

Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/index.shtml#pub4>

Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology*, 10(219). doi:10.3389/fpsyg.2019.00219

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=555395A874E51E45C28C50BBD8EDE090?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). Ha llegado el momento de invertir en los

adolescentes. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/investing-in-adolescents/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre Salud Mental 2015-2022.

Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Atlas regional de salud mental de las Américas.

Recuperado de

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los

trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

Pérez, M. (2006). La Terapia de Conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.

Pérez, M. (2012). La tercera generación de terapias: Logros y desafíos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.

Pertuz-Cortes, C., Navarro-Jiménez, E., Laborde-Cárdenas, C., Gómez-Méndez, P., y Lasprilla-Fawcett, S. (2018). Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: 10.1016/j.rcp.2018.05.005

*Reilly, E. E., Lavender, J. M., Berner, L. A., Brown, T. A., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2018). Could repetitive negative thinking interfere with corrective learning? The example of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 36-41. doi:10.1002/eat.22997

- Restrepo, J., y Castañeda, T. (2018). Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: 10.1016/j.rcp.2018.08.003
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Mental Health. Recuperado del sitio de Internet Our World in Data: <https://ourworldindata.org/mental-health#eating-disorders>
- *Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Rojo-Moreno, L., & Vaz-Leal, F. (2014). The role of temperament and character in the outcome of depressive mood in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1130–1136. doi:10.1016/j.comppsy.2014.02.009
- Rolla, A. (2013). Anorexia nervosa. En Caballero, B., Allen, L., & Prentice, A. (Eds.), *Encyclopedia of human nutrition* (pp. 113-119). Oxford, United Kingdom: Elsevier Ltd.
- *Sala, M., Brosos, L. C., & Levinson, C. A. (2019). Repetitive negative thinking predicts eating disorder behaviors: A pilot ecological momentary assessment study in a treatment seeking eating disorder sample. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 12-17. doi:10.1016/j.brat.2018.11.005
- *Sala, M., Egbert, A., Lavender, J., & Goldschmidt, A. (2018). Affect, reward, and punishment in anorexia nervosa: a narrative overview. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 731-737. doi:10.1007/s40519-018-0588-9
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366. doi:10.1348/014466505X53902
- Schmidt, U., Wade, T., & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary

- Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 48-71. doi:10.1891/0889-8391.28.1.48
- Sfärlea, A., Dehning, S., Keller, L., & Schulte-Körne, G. (2019). Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression. *Journal of Eating Disorders*, 7(41). doi:10.1186/s40337-019-0271-1
- *Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. doi:10.1016/s0005-7967(01)00059-6
- Silverman, J. (1997). Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. En Garner, D., & Garfinkel, P. (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 3-10). New York, United States: The Guilford Press.
- Sistema Integral de Información de la Protección Social. (2017). Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico de Anorexia Colombia años 2009 – 2016 [Bodega de datos]. Recuperado de www.sispro.gov.co
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179. doi:10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x
- Smink, F., van Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406–414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Strober, M., & Johnson, C. (2012). The need for complex ideas in anorexia nervosa: Why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why

- clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 155-178. doi:10.1002/eat.22005
- Stice, E., & Bohon, C. (2013). Eating Disorders. En Beauchaine, T., & Hinshaw, S. (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 715-738). New Jersey, United States: John Wiley & Sons, Inc.
- Tchanturia, K., Hambrook, D., Curtis, H., Jones, T., Lounes, N., Fenn, K., Keyes, A., Stevenson, L., & Davies, H. (2013). Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 41-45. doi:10.1016/j.comppsy.2012.03.014
- Tolstrup, K. (1990). Incidence and Causality of Anorexia Nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 1-6. doi:10.1111/j.1600-0447.1990.tb11075.x
- *Torres, S., Prista, M., Lencastre, L., Miller, K., Mucha, F., Roma-Torres, A.,...Costa, P. (2015). Alexithymia in anorexia nervosa: The mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 99-107. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.023
- Toulany, A., Wong, M., Katzman, D., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R., & Coyte, P. (2015). Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives. *CMAJ Open*, 3(2), 192-197. doi:10.9778/cmajo.20140086
- *Tuschen-Caffier, B., Bender, C., Caffier, D., Klenner, K., Braks, K., & Svaldi, J. (2015). Selective visual attention during mirror exposure in Anorexia and Bulimia Nervosa. *PLOS ONE*, 10(12), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0145886
- *Turton, R., Cardi, V., Treasure, J., & Hirsch, C. (2018). Modifying a negative interpretation bias for ambiguous social scenarios that depict the risk of rejection in women with

- anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 227, 705–712.
doi:10.1016/j.jad.2017.11.089
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Hogdahl, L., & von Hausswolff, Y. (2015).
Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large
clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299.
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M., y Mancilla, J. (2015). Eating disorders diagnostic: from
the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6, 108-120.
- Vitousek, K., & Brown, K. (2015). Cognitive-Behavioral Theory of Eating Disorders. En
Smolak, L., & Levine, M. (Eds.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 222-
237). Malden, United States: John Wiley & Sons, Ltd.
- Westwood, H., Lawrence, V., Fleming, C., & Tchanturia, K. (2016). Exploration of friendship
experiences, before and after illness onset in females with Anorexia Nervosa: A
Qualitative Study. *Plos One*, 11(9), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0163528
- Wild, B., Friederich, H., Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M.,...Herzog, W. (2016).
Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa – Results from the ANTOP
study. *Psychiatry Research*, 244, 45-50. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.002
- Williamson, D., Smith, C., & Barbin, J. (2009). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos
de la alimentación. En Caballo, V. (Ed), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual
de los trastornos psicológicos* (pp. 195-215). Madrid: Siglo Veintiuno.
- *Wollburg, E., Meyer, B., Osen, B., & Löwe, B. (2013). Psychological change mechanisms in
Anorexia Nervosa Treatments: How much do we know?. *Journal of Clinical Psychology*,
69(7), 762–773. doi:10.1002/jclp.21945

World Economic Forum., & Harvard School of Public Health. (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Recuperado de

http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

Zayas, P. (2010). El rombo de las investigaciones de las ciencias sociales. Recuperado de

http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55708.pdf

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U.,

& Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for Anorexia Nervosa: A

Systematic Review and network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9.

doi:10.3389/fpsyt.2018.00158